



勤務医にとっての医療行政

東区支部 樟本賢首

卒業後30年、外科の勤務医として勤めてきたが、つい4・5年前まで「医政」についてほとんど考えたことはなかった。何となくやりにくくなったなどは思っていたが、深く考えてはいなかった。日々の外来、回診、手術に追われ、当直、特に救急当直で徹夜になっても翌日休む、などとは露も考えもせず、忙しいのは当たり前と思っていた。しかし、経験年数が長くなるに従い、1) 会議が多くなった、2) 書く書類が増えた、3) 給料がそれほど上がっていない、4) 「ムンテラ」が「インフォームドコンセント」になった、5) 「医業損益」などという言葉覚えて、6) 大学に人がいなくなった、7) 「専門医」がやたらに増えた、8) 病院がつぶれるようになった等など、外科の知識・技術・経験とあまり関係ない話に気を使わなければならなくなってきた。これは、当然時代の流れということもあるのだが、かなり「お上」の「上意」が影響している。

【政府・厚生労働省の考えは？】

とにかく「医療費削減」を錦の御旗としていろいろな政策を出してくる。皮肉にも昨年度はむしろ医療費が増加しており、厚生労働省の政策が裏目であることははっきりしてきた。役人としては常に何か策を出して実績を上げたいようで、次から次からいろいろな策を出してくるが、施設の手術件数により手術料を規定するという、どうしようもない政策がつぶれたように、なんら根拠の無い政策を出してくる。そのたびに悩み、対策を考えなければならない現場こそいい迷惑である。

これは私見であるが、厚生労働省のお役人は一部の患者さん以上に医師に対する不信感が強いのではないかと。「医者という人種は、えらそうで、

自分勝手に、楽しんで金儲けをしている…」」。ある厚労省の若い課長補佐は、現在の自治体病院の4割以上はつぶれます、と堂々といっていた。それは困るといえば、それでは今まで経営の努力はしてきたか、と答えた。さて、病院とは赤字ではだめなところなのだろうか。現行の制度では、最小限の人数で、最小限の給料で、休み無く働き、多数の患者を診なければ黒字にはならない。救急医療は人件費などの点からペイしないが、行うのが当然と押し付けてくる。そうして医療従事者は疲弊していくこととなる。さすがに過労死や自殺する医師が出てきて「楽しんで儲かる」とはマスコミも言わなくなってきたが、医者が死なないとわからないでは実に情けない行政と思う。結局、現在の地方の医師不足、産婦人科や小児科医の不足などは、元をただせば医療費削減政策に行き当たることは当然である。

さらに思うことは、政府は医療と資本主義を結び付けようとしているのではないかと。私は左翼でも右翼でもなく、昔ながらの「真ん中、少し左寄り」であり、最近は「少し右寄り」になっているが、それにしても、一生の仕事として外科医を選び、プライドを持ちながら地道に務めているものとして、金で汚されるような気がして不快感が強い。その一つ、レセプトのオンライン請求化が平成20年度から順次義務化され、平成23年度には完全オンライン化する。当院でもすでにオーダーリングシステムが導入されているが、相当のお金がかかった。おそらく中小病院や診療所にはかなりの負担となるだろう。喜ぶのはIT関連の企業のみである。人件費が効率化するはずだというのが売り物だが、7月の中医協でIT化しても人件費は効率化さ

れないとの調査結果が出された。IT化するならばそれなりの援助がされるべきで、ただ負担を強いるだけになってしまう。

企業の医療への参入は少しずつ始まっている。参入する企業はみな良心的でうるさいこともいわず、金を出すけど口は出さない、というのは幻想であって、最近の悪い一例がコムスの破綻である。現状では多少の投資を受けるのはやむをえないところが多いと思われるが、儲かる・儲からないで病院組織や職員が判断されるのはとてもさびしい。混合診療も、「こちらのコースは10万円で保険が利いてお得になっています。こちらは20万円とお高いですが出来上がりがよくって…。」と外来で患者さんの顔色と懐具合をみながら説明しなければならぬようになったら、私は躊躇無く外科医を辞める。

【どのようにすべきか？】

医療費削減の結果破綻したイギリスの医療界のように、医者への質もやる気も落とすような政策のもと、かろうじて日本の医療を支えているのは、医師をはじめ医療従事者の献身的な努力によるものである。今のところ疲れたら死ぬ前に勤務医を辞めるしかない。かといって開業しても厚労省の政策の上では、「開業医は疲れていないから夜間の診療や、終末期医療をやらせよう」としている。これもまた実情を知らないひどい話で、開業している先生方は決して楽をしているわけではない。救急に関してはやはり体力のある病院が行うべきであり、終末期に関しては一律に考えずにホスピス・開業医を含めてネットワークを形成して患者さんのニーズにこたえるべきである。つまり、病院・診療所・在宅医療チーム全体を包括するグループを形成してそれぞれの役割のもと、個々の患者さんに対応するしかない。そのグループが徐々に

拡大していけば狭量な患者取り込みも無くなるはずである。それに診療報酬が伴うようになればよいのだが、すぐに厚労省が方向転換するとも思われない。とりあえず勤務医はどうすべきか。

1. 自分の知識と技術を積極的に磨く。

当たり前だが、医業収入のすべては医者次第である。患者さんにたくさん来てもらうには自己研鑽しかない。患者さんやスタッフに誠実に接するのは当たり前である。

2. 医師会の活動に参加する。

従来勤務医は医師会というものに興味が無かったし、どういうものか知らなかった。「どうせ開業医のためのものでしょう…」としか見ていなかった。しかし実際には多彩な活動をしており、特に地域の先生方と知り合うにはもっとも有効な方法である。何もしないで紹介患者を待っていても来るはずがない。

3. 若い先生を大切に。

甘やかすのではなく、自覚と責任を持たせるよう鍛えよう。1-2年で自分の代わりをかなりやってくれるようになって、結局楽が出来る。

【これからどうなるのか？】

正直なところ誰にもわからない。厚労省が明確なビジョンを持っていないため、年々政策が変わっていく。一時標榜科の制限が話題になったが、結局それぞれの学会の反対に会い沈静化した。やはり、おかしいことはおかしいというべきであり、メディア、医師会、学会を利用してものを言うて行くしかない。

しかし、「迷ったら患者さんにとって一番良い方法から考える」というのが昔も今も原則である。

(天使病院)